

# 基于“痰瘀滞虚”理论的冠心病中医辨证论治研究

马佳鑫<sup>1</sup>, 李杨<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

<sup>2</sup>黑龙江中医药大学附属第一医院中医经典病房, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年11月4日; 录用日期: 2025年11月29日; 发布日期: 2025年12月5日

## 摘要

冠心病属中医“胸痹”“真心痛”范畴, 2020年我国成人患病率达11.3%, 40岁以上人群高发。中医认知源于《黄帝内经》“邪之所凑, 其气必虚”, 张仲景《金匮要略》提出“阳微阴弦”并创瓜蒌薤白半夏汤。现代王阶团队提出“痰瘀滞虚”理论, 揭示“虚”“滞”“瘀”动态关系, 徐浩“瘀毒致变”理论深化其内涵。本文梳理理论源流, 剖析与冠心病病机病理关联, 构建分期防治体系并指出局限, 为中医诊疗提供参考。

## 关键词

痰瘀滞虚, 冠心病, 胸痹, 中医病机, 辨证论治

# Research on TCM Syndrome Differentiation and Treatment for Coronary Heart Disease (CHD) Based on the “Phlegm, Stasis, Stagnation and Deficiency” Theory

Jiaxin Ma<sup>1</sup>, Yang Li<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

<sup>2</sup>TCM Classic Ward of the First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: November 4, 2025; accepted: November 29, 2025; published: December 5, 2025

\*通讯作者。

## Abstract

Coronary heart disease (CHD) falls into the categories of "Xiongbi (Chest Bi-syndrome)" and "Zhen-xintong (True Heart Pain)" in Traditional Chinese Medicine (TCM). In 2020, the prevalence rate of CHD among Chinese adults reached 11.3%, with a higher incidence in populations over 40 years old. TCM understanding of CHD traces back to the theory "Where pathogenic factors gather, qi must be deficient" from *Huangdi Neijing* (Inner Canon of the Yellow Emperor). Zhang Zhongjing proposed the pathogenesis of "Yang deficiency and Yin excess" in *Jinkui Yaolue* (Synopsis of the Golden Chamber) and created the classic formula Gualou Xiebai Banxia Decoction for its treatment. In modern times, the research team led by Wang Jie put forward the "Phlegm, Stasis, Stagnation and Deficiency" theory, which reveals the dynamic relationships among "deficiency" (of lung, spleen, and kidney qi), "stagnation" (of qi movement), and "phlegm-stasis" (phlegm accumulation and blood stasis). Subsequently, Xu Hao's "Stasis-toxin Transformation" theory further enriches the connotation of this pathogenesis system. This article sorts out the origin and evolution of the "Phlegm, Stasis, Stagnation and Deficiency" theory, analyzes its correlation with the pathogenesis and pathology of CHD, and constructs a staged prevention and treatment system. It aims to provide a reference for TCM clinical diagnosis and treatment of CHD.

## Keywords

Phlegm, Stasis, Stagnation and Deficiency, Coronary Heart Disease (CHD), Xiongbi (Chest Bi-Syndrome), TCM Pathogenesis, Syndrome Differentiation and Treatment

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)属中医“胸痹”“真心痛”范畴,以胸闷胸痛、心悸为主要表现,重症可致晕厥,严重威胁健康。2020年我国成人冠心病患病率达11.3%,40岁以上人群发病率显著上升,饮食不节、嗜烟、久坐为主要诱因[1]。中医对冠心病的认知可追溯至《黄帝内经》,“邪之所凑,其气必虚”奠定本虚理论[2],“心气通于舌”“心主身之血脉”明确心脉生理关联。东汉张仲景《金匮要略》首倡“阳微阴弦”病机,创制瓜蒌薤白半夏汤,至今仍为痰浊闭阻型胸痹核心方[3]。现代医家深化病机研究:王阶团队经三千余例临床观察提出“痰瘀滞虚”理论,认为肺脾肾虚为根本,气机阻滞为关键,痰浊瘀血为核心产物,四者形成动态循环[4][5];徐浩团队进一步补充“瘀毒致变”理论,指出外邪可促痰瘀化毒,引发急性心血管事件,完善冠心病中医病机体系[6][7]。本文将基于“痰瘀滞虚”理论探讨冠心病中医辨证论治。

## 2. “痰瘀滞虚”理论内涵

### 2.1. 理论源流与基础

#### 2.1.1. 经典溯源

“痰瘀滞虚”理论根植于中医经典:《黄帝内经》构建胸痹病机框架,《素问·灵兰秘典论》强调心为脏腑主导,心失常则血脉失序;《难经·二十二难》“气主煦之,血主濡之”阐明气血协同,气滞则血行不畅;《素问·上古天真论》论述年老体衰与肾虚关联,指出生理虚损为发病内因[2][8]。《金匮要略》

完善诊疗体系, 以“阳微阴弦”为核心病机, 提出枳实薤白桂枝汤“通阳散结、行气祛痰”治胸痹痞证, 乌头赤石脂丸“温阳散寒、止痛通脉”治疗寒凝心脉证, 与瓜蒌薤白类方共筑经典辨证方案[3]。《金匮要略》“血不利则为水”阐明瘀血与痰浊转化机制, 为“痰瘀互结”奠定基础[3]。

### 2.1.2. 现代发挥

现代医家基于中医经典, 结合临床深化“痰瘀滞虚”理论。王阶团队通过三千余例临床观察发现, “虚”证中肺脾气虚占42.3%, 多因饮食不节、劳累致脾失运化生痰、肺失宣降滞血; 肾虚占38.7%, 年老、先天不足致肾阳虚瘀或肾阴虚挛脉[4][5]。“滞”证多见于早期, 如《素问·举痛论》“思则气结”、《灵枢·邪气脏腑病形》“形寒寒饮则伤肺”、《景岳全书》“气虚而血滞……气弱而不行”所言, 情志抑郁致肝失疏泄、寒邪束肺致肺气壅滞、气虚致推动无力, 三者均致气滞, 为痰瘀创造条件[2][9][10]。“痰瘀”证是冠心病进展的关键标志, 郭宏昌等对120例痰浊证研究发现, 痰浊程度与血清脂类含量密切相关[11]; 马民等发现血瘀证患者血小板聚集率、纤维蛋白原升高, 血液流变学异常, 符合《医林改错》“瘀血在内, 胸痛不移”病机[12][13]。徐浩团队“瘀毒致变”理论指出, 吸烟、雾霾、病原体感染可激活炎症反应, 促使痰瘀化毒, 加重血管损伤, 诱发急性心血管事件[6][7]。

## 2.2. 理论在生理病理中的应用

生理上, 肺主气行血, 推动行血; 脾主运化, 濡养血脉; 肾阳温心脉、肾阴濡脉道, 三脏协同保心脉通畅, 三脏协调则气血津液输布正常, 无痰瘀生成[14][15]。病理上, “痰瘀滞虚”呈从虚证开始, 发展为气机阻滞, 随后形成痰瘀互结, 最终导致虚证进一步加重的恶性循环, “虚”致气血生化不足、温煦无力, “滞”使气机不畅、津液代谢失常, 二者引发痰浊瘀血, 痰浊加重气滞, 瘀血阻碍津液布散, 又加剧虚损。如58岁男性患者张某, 因长期嗜食肥甘, 脾失运化生痰浊, 出现胸闷、舌苔白腻; 后痰浊致瘀血, 出现胸骨后刺痛、舌质紫暗; 久病痰瘀耗肺气, 出现乏力、气短, 其病情演变符合“痰瘀滞虚”循环规律[16]。

### 2.3. 理论临床意义

“痰瘀滞虚”为冠心病分期治疗提供核心依据, 疾病早期气滞痰瘀属实证, 治以行气祛邪, 阻断痰瘀进展; 中期虚实夹杂, 痰瘀与气虚并存, 需化痰活血兼益气扶正; 晚期痰瘀久留耗伤正气, 肺脾肾虚、肝肾阴阳不足, 属虚多实少证, 治以扶正为主、兼清余邪[4][5]。符合《素问·阴阳应象大论》“治病必求于本”与《素问·标本病传论》“急治标缓治本”, 为临床精准辨证提供指导[2]。

## 3. “痰瘀滞虚”理论与冠心病的关联

### 3.1. 冠心病的中医病机解释

冠心病以“痰瘀滞虚”为核心, 《金匮要略》“阳微阴弦”贯穿始终: 早期(冠脉狭窄<50%)为“滞痰”“滞瘀”实证, 外邪(吸烟、雾霾)、情志(抑郁、焦虑)致气机阻滞生痰瘀, “滞痰”以胸闷、苔白腻为主, “滞瘀”以胸痛固定、舌紫暗为特征, 符合《丹溪心法》“气郁则痰聚, 痰聚则血不行”的描述[17]。中期(冠脉狭窄50%~70%)为“痰瘀互结”证, 痰浊阻脉致瘀, 瘀血阻津生痰, 痰瘀胶结阻于脉道形成纤维斑块, 患者胸痛频发伴乏力, 属虚实夹杂, 如《血证论》“须知痰水之壅, 由瘀血使然”、“血积既久, 亦能化为痰水。”所言[18]。晚期(冠脉狭窄≥70%)为“痰瘀滞虚”证, 痰瘀久耗正气, 致肺脾肾虚、肝肾阴阳失衡, 多支血管病变风险升高, 患者剧烈胸痛伴畏寒(阳虚)或潮热(阴虚), 属虚多实少, 治当扶正为本, 《景岳全书·虚损》所言“虚者, 本也; 邪者, 标也, 凡治虚证, 宜治其本”, 为该阶段治疗提供理论依据[10]。

### 3.2. 理论与冠心病的具体关联

“虚”是冠心病发病的内在根本,《脾胃论》“脾胃虚则九窍不通,四肢不举”,肺脾气虚者,饮食不节、劳累致脾失运化生痰,肺失宣降滞血;《素问》“血气者,喜温而恶寒,寒则泣不能流”,肾阳虚者,年老久病致心阳失温,血行不畅成瘀;《临证指南医案》“肾阴不足,不能上济于心,心脉失养则痛”,肾阴虚者,先天不足、劳倦致心脉失濡挛急[2] [15] [19]。刘仁人等研究发现老年病以肾虚为本,痰瘀为标,且肾虚程度与多支血管病变发生率正相关[20]。“滞”为病理关键:《证治准绳·诸气》“气郁则血行不畅,血行不畅则痛”,情志抑郁致肝失疏泄,气机郁结血行不畅[21];《金匮要略》对“胸痹之病”的记载,揭示了寒邪致气滞脉紧的表现,寒邪束肺致肺气壅滞,气不行则血不行;气虚致气机推动无力[3],《医宗必读·痰饮》“气虚则气不行,气不行则痰瘀生”,三者均致气滞生痰瘀[22]。“痰瘀”为冠心病核心产物,痰浊闭阻心阳,《金匮要略》以瓜蒌薤白半夏汤治“胸痹不得卧,心痛彻背”;《医林改错》指出“胸痛不移,皆瘀血所致”,阐明瘀血与胸痛关联[13] [23]。现代研究也证实此观点,赵玲发现痰浊证大鼠血脂异常、血黏度升高[24];血瘀证患者血液流变性异常,红细胞变形差、血小板易聚集,易成血栓加重阻塞[25]。

### 3.3. 理论与冠心病病理关系

“痰瘀滞虚”与动脉粥样硬化病理高度契合[26]:早期脂质条纹期对应“滞痰”“滞瘀”,西医病理为冠脉内膜胆固醇沉积、内皮轻度损伤,中医为气滞致痰浊初生或瘀血始成[27],赵玲等研究示该阶段模型大鼠内皮一氧化氮减少,痰浊指标与脂质沉积正相关[28];中期纤维斑块期对应“痰瘀互结”,西医为平滑肌细胞增殖成纤维帽、覆盖脂质核心(冠脉狭窄 50%~70%),中医为痰瘀胶结阻脉,研究表明该阶段患者血小板聚集率、纤维蛋白原升高,与痰瘀程度一致[29] [30];晚期复合病变期对应“痰瘀滞虚”证,西医见斑块破裂、血栓形成、心肌纤维化,中医认为痰瘀耗正气致肺脾肾虚、阴阳失衡,该阶段患者肺炎衣原体、巨细胞病毒检出率高,炎症因子(TNF、IL-6)升高[31]。KONG 等证实氧化应激加重斑块损伤,RAHMAN 等指出免疫失衡促斑块进展,而中医化痰活血药可降氧化应激、调免疫、清瘀毒,体现中西医协同作用[32] [33]。

### 3.4. 病机演变模型

冠心病的病机演变以“痰瘀滞虚”为核心,外邪、情志、饮食、年老致“虚”或“滞”,“虚”则气血生化、温煦不足,“滞”则气血津液输布障碍;二者引发“痰”“瘀”,痰瘀互结加重气滞与体虚,使病情从早期“滞痰”“滞瘀”,进展至中期“痰瘀互结”,终至晚期“痰瘀滞虚”。外邪诱发时,痰瘀化“毒”致脉道阻塞加剧,引发急性心肌梗死,正如《素问·生气通天论》中“大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥”所述,体现疾病由量变到质变的过程[45]。

## 4. 理论面临的挑战与未来研究展望

“痰瘀滞虚”是冠心病中医病机核心框架,明确“虚为根本、滞为关键、痰瘀为核心病理产物”[4],为中西医结合诊疗提供支撑。但因现代循证要求、动脉粥样硬化研究及临床合并症需求,存在局限性,本文提出研究方向以提升科学内涵与适配性。

### 4.1. 辨证体系精准性不足:宏观-微观关联模糊与量化标准缺失

该理论明确“早期滞痰、中期痰瘀互结、晚期痰瘀滞虚”分期规律,且外邪诱发痰瘀化“毒”可致急性心梗(对应《素问·生气通天论》论述[2] [26] [27])。但辨证体系存在短板:一是宏观症状与微观病机无量化关联(如气虚血瘀证心功能与血瘀程度对应不明),辨证主观性强[34];二是未整合舌脉客观化参数

及生物标志物(痰浊对应血脂、血瘀对应内皮指标)[35]。赵玲等证实痰浊血瘀证存在炎症因子异常,但理论未转化为辨证依据,影响治疗精准度[28]。

#### 4.2. “瘀毒”辨证机制不明: 病理本质与分型缺失

“瘀毒”是冠心病急性事件的关键病机,但现代生物学实质尚未明确[6][7]。结合动脉粥样硬化研究提出假说:“瘀毒”是痰瘀蓄积激活“免疫炎症-氧化应激-内皮损伤”级联反应的病理状态——免疫炎症:巨噬细胞浸润、促炎因子(IL-6/TNF- $\alpha$ )释放致斑块破裂;氧化应激:ROS、MDA升高加剧血管损伤;内皮损伤:NLRP3通路激活引发内皮焦亡促血栓[31]-[33][36]。但“瘀毒”证缺乏诊断阈值(如TLR4临界值)及分型标准,致急性心梗“解毒”治疗(如丹参酮IIA干预)实操性不足[37]。

#### 4.3. 合并症适配不足: 糖尿病等基础病病机未整合

冠心病合并2型糖尿病(中医“消渴”)临床高发,但理论未纳入“阴虚燥热”核心病机[38]。其协同致病逻辑为:消渴日久阴虚为本,燥热为标——燥热耗津致血黏成瘀,伤脾生痰加剧痰瘀蓄积;阴虚耗气致气虚推动无力,进一步恶化“痰瘀滞虚”进程。原理论忽视“燥热”要素,仅用化痰祛瘀药难以截断病机,导致合并症患者疗效受限。

#### 4.4. 循证证据薄弱: 研究设计与随访周期缺陷

现有研究多为单中心小样本(50~100例)观察性研究,缺乏多中心大样本RCT及5年以上随访数据——如瓜蒌薤白半夏汤改善远期预后的证据不足,无法满足《冠心病合理用药指南》对高级别循证的要求,限制理论规范化推广[1][5][39]。

#### 4.5. 未来研究关键方向

1. 辨证量化体系:构建“宏观证候积分+舌脉数字化+生物标志物”量表,验证与冠脉CTA斑块进展、心功能的关联[35];
2. “瘀毒”机制验证:通过动物模型(高脂饮食+冠脉结扎)检测TLR4/NF- $\kappa$ B通路,筛选临床标志物[31];
3. 合并症模型:建立“阴虚燥热-痰瘀滞虚”扩展模型,RCT验证滋阴清热联合化痰祛瘀疗效[38];
4. 循证提升:开展多中心RCT(样本量 $\geq$ 2000例),以5年MACE为终点验证理论价值[1]。

### 5. 基于“痰瘀滞虚”理论的冠心病防治思路

以“痰瘀滞虚”为核心,循“分期辨证、标本兼治”原则,融经典方剂与临床经验,协同中西医,发挥辨证与精准干预优势,实现全程个体化诊疗[4][5][40]。

#### 5.1. 基于理论基础治疗疾病

早期滞痰证以行气化痰为主,选柴胡疏肝散合二陈汤,伴痰热加黄连、竹茹;滞瘀证以行气活血为主,选柴胡疏肝散合丹参饮。中期痰瘀互结证以痰瘀并治兼益气为则,选瓜蒌薤白半夏汤合冠心2号方,加党参增强益气。晚期肺脾气虚证选六君子汤合冠心2号方,心肾阳虚证选参附汤合右归饮,心肾阴虚证选左归饮合冠心2号方,兼顾清残余痰瘀[4][5][40]。

#### 5.2. 基于症状和理论具体治疗方法

痰浊闭阻证见胸闷痰多、苔白腻、脉滑,依《金匮要略》“胸痹不得卧,心痛彻背者,瓜蒌薤白半夏汤主之”,选瓜蒌、薤白、半夏、白酒,瓜蒌涤痰散结、薤白通阳散结;现代药理显示,瓜蒌皂苷可降血脂、薤白挥发油扩冠脉,与他汀联用增强降脂、减肝损伤[3][41][42]。心血瘀阻证见胸痛固定、舌紫暗、

脉涩, 依《医林改错》“瘀血在内, 胸痛不移”, 选冠心2号方(川芎、赤芍、丹参、红花、降香), 川芎活血行气、丹参通经止痛; 现代药理示川芎嗪改善血黏度、丹参酮IIA抗血栓, 与阿司匹林联用增强抗栓效果, 降低出血风险[13][37][43]。气滞血瘀证见胸痛随情绪波动、脉弦, 依《证治准绳》“气郁则血行不畅”, 选血府逐瘀汤(柴胡、枳壳、桃仁、红花、当归、川芎), 气滞明显者加香附; 现代药理显示柴胡皂苷调情绪、当归阿魏酸能降低炎症反应, 与 $\beta$ 受体阻滞剂联用可改善心肌耗氧, 缓解情绪相关胸痛[21][44][45]。气虚血瘀证见胸痛伴乏力、脉细弱, 依《景岳全书》“气虚则血不行”, 选八珍汤(党参、白术、茯苓、甘草、当归、熟地黄、赤芍、川芎), 气陷明显者加升陷汤; 现代药理显示黄芪多糖增强心肌收缩力, 与血管紧张素转换酶抑制剂联用改善心功能, 缓解气虚症状[10][46]。

### 5.3. 标本兼治与阳微阴弦

《金匮要略》“阳微阴弦”中, “阳微”为正气虚, 心肾阳微, “阴弦”为痰瘀实邪, 治循“标本兼治、调和阴阳”: 急性发作期治标, 心绞痛含服丹参滴丸或速效救心丸; 心梗早期静滴丹参注射液(丹参酮IIA)、灌服苏合香丸(芳香开窍), 与西医溶栓药(如尿激酶)联用改善心肌供血。缓解期治本, 心肾阳虚证选参附汤合右归饮(人参、附子、桂枝、熟地黄、山萸肉、枸杞子), 温补肾阳、益气活血, 与美托洛尔联用增强心功能、降低心肌耗氧; 心肾阴虚证选左归饮(熟地黄、山药、枸杞子、茯苓、山萸肉), 滋阴补肾兼清痰瘀, 与维生素E联用可减轻氧化应激损伤。依《素问·四气调神大论》“春夏养阳, 秋冬养阴”, 缓解期随季节调治: 春夏增温阳药, 秋冬加滋阴药, 符合“天人相应”的中医理念[2][3][6][40]。

### 5.4. 预防、养护、调节

未病先防阶段, 避免高脂饮食(脂肪摄入<30%总热量)、戒烟, 多食山药(健脾)、木耳(化痰)等; 调畅情志, 避免抑郁、焦虑; 练太极拳(每周3~5次, 每次30分钟)强肺脾功能; 陈皮、山楂、丹参泡水代饮, 理气化痰活血; 艾灸足三里(健脾益气)、内关(护心通脉), 每周2次。既病防变阶段, 规范服用中药(如中期服黄芪颗粒预防气虚)与西药(他汀、抗血小板等药物), 每3~6个月复查血脂、心电图等。病后恢复阶段, 气虚服黄芪颗粒, 肾阴虚服六味地黄丸, 肾阳虚服金匮肾气丸, 痰瘀服丹参滴丸; 避劳累、受凉, 每6~12个月复查冠脉CT, 防止疾病复发[47]。

## 6. 理论在现代医学的应用

基于“痰瘀滞虚”理论的治疗原则, 中医药物研发聚焦“化痰、活血、扶正”三大方向, 中西医协同治疗是冠心病诊疗的重要路径, 中药方剂与西药精准配伍可增效减毒, 但需明确药物相互作用、明确配伍禁忌并细化监测要点, 以保障临床用药安全; 下文先阐述核心中药活性成分研发进展, 再构建临床联用规范体系。

化痰类中, 瓜蒌皂苷提取自瓜蒌, 《本草纲目》言其“润肺燥, 降火, 涤痰结”, 调节肝脏脂质酶、降血脂[41][48]; 陈皮挥发油提取自陈皮, 《本草备要》言其“理气健脾, 燥湿化痰”, 可抑制肠道胆固醇吸收[49][50]。活血类中, 丹参酮IIA提取自丹参, 《本草备要》言其“活血通经, 排脓止痛”, 已用于临床改善瘀血阻脉[37][49]; 川芎嗪提取自川芎, 《本草纲目》言其“行气开郁, 活血止痛”, 可调节血栓素A2前列环素平衡, 辅助治疗心肌梗死[43][48]。扶正类中, 人参皂苷Rg1提取自人参, 《神农本草经》言其“补五脏, 安精神, 定魂魄”, 可保护心肌、调节免疫[51][52]; 熟地黄多糖提取自熟地黄, 《本草备要》言其“补血滋阴, 益精填髓”, 可抑制炎症反应、抗心肌纤维化[49][53]。复方研发中, 化痰活血复方(瓜蒌皂苷加丹参酮IIA)动物实验示其可延缓动脉粥样硬化、减少斑块面积[54]。国家卫生计生委发布的《冠心病合理用药指南》指出, 中西医结合治疗可提升心绞痛缓解率15%~20%, 减少西药用量

25%~50%，降低不良反应发生率[1]。为进一步规范临床联合用药方案，结合“痰瘀滞虚”核心辨证分型与西药作用机制，现将临床常用中药方剂与一线治疗西药的联用规范整理归纳(见表 1)。

**Table 1.** Standards for combined use of traditional Chinese medicine prescriptions and first-line western medicines under different traditional Chinese medicine syndrome differentiation types of coronary heart disease

**表 1. 冠心病不同中医辨证分型下中药方剂与一线西药联合用药规范表**

中医辨证分型	常用中药方剂	对应西药类别	代表西药	潜在相互作用	禁忌与慎用	监测要点	参考文献
痰浊闭阻证	瓜蒌薤白半夏汤	他汀类降脂药	阿托伐他汀、瑞舒伐他汀	瓜蒌皂苷上调 LDL 受体; 协他汀类降脂; 薤白挥发油护肝	半夏反乌头(十八反); 脾胃虚寒者慎用	1、3 月监测血脂 (TC、LDL-C、TG)、肝功能 (ALT、AST); 观察胃肠道反应	[1] [41] [42]
心血瘀阻证	冠心 2 号方	抗血小板药物	阿司匹林、氯吡格雷	丹参酮 II A、川芎嗪增强抗栓; 红花黄色素降低氯吡格雷抵抗	INR > 1.5 者慎用; 避免叠加活血中药	监测血小板计数、INR、APTT; 观察出血征象	[1] [37] [43] [55]
气滞血瘀证	血府逐瘀汤	$\beta$ 受体阻滞剂	美托洛尔、比索洛尔	柴胡皂苷协同降心肌耗氧; 当归阿魏酸改善心率变异性	心率 < 60 次/分慎用; 阴虚火旺者忌长期用	监测心率、血压; 2 周复查心电图; 评估情绪睡眠	[1] [44] [45]
气虚血瘀证	八珍汤	ACEI 类药物	依那普利、培哚普利	党参皂苷、黄芪多糖改善 LVEF; 熟地黄多糖减轻干咳	eGFR < 60 ml/min 慎用; 痰湿壅盛者忌用	监测 LVEF、BNP、Scr、eGFR、血钾; 记录干咳情况	[1] [53] [56]
肺脾气虚证	六君子汤	双联抗血小板治疗联合他汀类药物	阿托伐他汀 + 阿司匹林	陈皮、半夏减轻胃肠道损伤; 白术多糖改善他汀类肌损	湿热内蕴者慎用; 忌与藜芦同用(十八反)	监测血脂、肝功能、凝血功能; 评估胃肠及肌痛症状	[1] [56]

注：1. 方剂应用须严格遵循辨证论治原则，如痰浊闭阻证兼见热象时，可在瓜蒌薤白半夏汤基础上加用黄连、竹茹；2. 西药剂量应结合患者年龄、肝肾功能及病情严重程度实施个体化调整；3. 联合用药前需全面评估患者过敏史、基础疾病及用药史，以规避多重药物相互作用。

为突破传统“方证对应”单一辨证模式的局限，提升临床干预精准性，需依托“痰瘀滞虚”病机核心，构建“宏观症状 + 客观化体征 + 生物标志物”多维度动态辨证标准体系：宏观症状维度以各证型核心证候为辨识基准，如痰浊闭阻证“胸闷痰多、苔白腻、脉滑”、气虚血瘀证“胸痛伴乏力气短、舌质紫暗、脉细弱”，此为辨证的中医理论核心[1] [4]；客观化体征维度引入舌象数字化检测(舌色 RGB 量化值、舌面湿度百分比)及脉象客观化分析(脉搏传导速度、脉压变异系数)，实现舌脉体征的量化表征，有效规避传统辨证存在的主观偏差[35]；生物标志物维度结合病机筛选特异性指标，痰浊证对应甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇，血瘀证对应 D-二聚体、血小板聚集率，虚证对应脑钠肽、白细胞介素-6 [57] [58]。三者动态整合并权重赋值，实时修正辨证结论，提升诊疗针对性。

疗效评价需同步升级，构建“主观生存质量 - 客观影像学 - 长期预后”多重终点综合评价体系：主观维度采用中医证候积分量表及 SF-36 量表，量化证候改善与生活质量提升；客观维度监测血脂(总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇)、心功能(左心室射血分数、脑钠肽)等实验室指标，结合冠状动脉 CTA 评估斑块体积及密度变化，直观反映病理进展；预后维度通过 1 年、3 年随访追踪主要不良心血管事件(MACE)

发生率及全因死亡率, 形成完整评价闭环。该体系兼顾中医证候疗效与现代医学预后核心指标, 为中西医结合诊疗规范化提供高级别循证支撑[59]。

## 7. 结语

“痰瘀滞虚”理论源于《黄帝内经》《金匮要略》等中医经典, 经王阶、徐浩等现代医家的临床观察与理论创新, 形成了系统的冠心病病机体系, 明确“虚为根本、滞为枢纽、瘀为产物”的核心关系, 与冠心病的病理演变高度契合, 为辨证防治提供理论支撑。在防治中, 基于“痰瘀滞虚”理论构建的分期辨证体系: 早期祛邪、中期瘀瘀并治兼益气、晚期扶正为主, 结合瓜蒌薤白半夏汤、血府逐瘀汤等经典方剂, 实现了“因证施治”。“治未病”理念的融入, 进一步拓展了理论在疾病预防、康复阶段的应用价值。该理论亦为中药研发提供靶点, 但通过深化瘀瘀与脏腑功能、炎症因子、内皮指标等微观机制的关联研究, 开展多中心、大样本随机对照试验, 完善合并症病机体系, 临床价值可进一步提升。未来以“痰瘀滞虚”理论为核心, 结合中医智慧与现代技术, 有望构建更为精准、高效的诊疗方案, 降低冠心病发病率与死亡率, 改善患者生活质量, 推动中医药在心血管疾病的传承与创新, 实现中医经典理论的现代发展[4]-[7]。

## 参考文献

- [1] 国家卫生计生委合理用药专家委员会, 中国药师协会. 冠心病合理用药指南[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2016, 8(6): 19-108.
- [2] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 4-6, 14-21, 31, 58, 197, 221, 339.
- [3] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 26-28, 46.
- [4] 王阶, 邢雁伟, 姚魁武, 等. 冠心病“痰瘀滞虚”理论内涵与外延[J]. 中医杂志, 2019, 60(4): 280-284.
- [5] 王阶. 冠心病中医病机新识[J]. 北京中医药大学学报, 2020, 43(2): 95-98.
- [6] 徐浩, 史大卓, 殷惠军, 等. “瘀毒致变”与急性心血管事件: 假说的提出与临床意义[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(10): 934-938.
- [7] 徐浩. 瘀毒理论在心血管病中的应用[J]. 中医杂志, 2019, 60(12): 1011-1014.
- [8] 秦越人. 难经[M]. 北京: 科学科技文献出版社, 2010: 63.
- [9] 黄帝内经灵枢[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 10.
- [10] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 192, 472.
- [11] 郭宏昌, 牛晓亚, 张向东, 等. 痰浊证与血脂水平关系的研究[J]. 河南中医药学刊, 1998, 13(6): 18.
- [12] 马民, 陈利国. 血瘀证及活血化瘀疗法客观化研究综述[J]. 中医药通报, 2002(3): 45-51.
- [13] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 31-38.
- [14] 顾琰华, 韩旭, 姚魁武, 等. 讫论韩旭教授从气论治冠心病的临床经验[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(10): 831-833.
- [15] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 34-36, 62-63.
- [16] 王阶, 姚魁武, 李军, 等. 冠心病“痰瘀滞虚”病机及临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(8): 1015-1019.
- [17] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 102-105.
- [18] 唐容川. 血证论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 84, 126.
- [19] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 23, 489-490.
- [20] 刘仁人, 顾耘. 动脉粥样硬化肾虚证和瘀湿证血脂代谢及动脉病变特点的比较[J]. 上海中医药杂志, 2006(11): 20-21.
- [21] 王肯堂. 证治准绳[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 268.
- [22] 李中梓. 医宗必读[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 225-228.

- [23] 雷忠义, 于小勇, 刘超峰, 等. 冠心病痰瘀互结证与瘀瘀毒互结证探析[J]. 陕西中医, 2013, 34(12): 1646-1648+1669.
- [24] 赵玲, 魏海峰, 张丽, 等. 中医痰浊血瘀证候的生物学基础研究[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(8): 680-684.
- [25] 赵浩, 刘剑刚, 雷燕. 血脂异常血瘀证患者血液流动性和流变性观察[J]. 微循环学杂志, 2015, 25(3): 23-26+86.
- [26] 陈易珠, 刘梦君, 李彩霞, 等. 从“痰瘀蕴毒, 因毒致变”分期论治动脉粥样硬化[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(3): 426-430.
- [27] 周婉宁, 杨珺涵, 齐雪杉, 等. 从脉失和角度探讨动脉粥样硬化“膏脂-痰浊-瘀结-瘀瘀”证候演变特征[J]. 中医药信息, 2025, 42(3): 42-47+55.
- [28] 赵玲, 胡昌江, 潘新, 等. 下瘀血汤中大黄生熟互换对热结血瘀模型大鼠血管内皮功能及微循环的影响[J]. 药物评价研究, 2014, 37(5): 413-416.
- [29] 李瑛, 李磊, 孟红旭, 等. 基于血小板蛋白质组学探讨小型猪痰瘀互结证冠心病的发病机制[J]. 药学学报, 2023, 58(7): 1904-1912.
- [30] 张瑾, 陶诗怡, 王子涵, 等. 纤维蛋白原与早发冠心病患病及早发冠心病痰湿证的关系[J]. 心脏杂志, 2023, 35(2): 177-182.
- [31] 肖国衡, 王伯瑶. 肺炎衣原体感染与动脉粥样硬化关系的研究进展[J]. 现代预防医学, 2000(2): 223-225.
- [32] Kong, A.S., Lai, K.S., Hee, C., Loh, J.Y., Lim, S.H.E. and Sathiya, M. (2022) Oxidative Stress Parameters as Biomarkers of Cardiovascular Disease towards the Development and Progression. *Antioxidants*, **11**, Article 1175. <https://doi.org/10.3390/antiox11061175>
- [33] Rahman, M.S. and Woollard, K. (2017) Atherosclerosis. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, **1003**, 121-144. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-57613-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-57613-8_7)
- [34] 王东生, 袁肇凯, 黄献平, 等. 冠心病痰瘀证的微观辨证研究[J]. 中医杂志, 2007(9): 831-833.
- [35] 陈聪, 洪静, 宋雪阳, 等. 冠心病痰瘀互结证舌诊图像特征参数分析[J]. 中医杂志, 2019, 60(16): 1395-1400.
- [36] 李晓雅, 王松子, 孙卓, 等. 以“因瘀致毒, 瘀毒互结致变”理论诊治冠心病经验[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(10): 1248-1250.
- [37] 陈文瑛, 唐富天, 陈少锐, 等. 丹参酮IIA 对动脉粥样硬化的防御作用研究[J]. 中国药房, 2008(12): 884-888.
- [38] 张森, 李敬林, 陈海铭. 李敬林教授从气阴亏虚、痰瘀互结论治糖尿病合并冠心病的经验探析[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(7): 1684-1686.
- [39] 周宏伟, 孟建宏, 张红鸽, 等. 瓜蒌薤白半夏汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛疗效观察[J]. 中医学报, 2018, 33(10): 2012-2015.
- [40] 中华中医药学会心血管病分会. 冠心病稳定型心绞痛中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2018, 59(5): 447-450.
- [41] 万丽娟, 卢金清, 许俊洁, 等. 瓜蒌子化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中国药房, 2015, 26(31): 4440-4443.
- [42] 王荣, 白思慧, 王露露, 等. 薤白的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中国野生植物资源, 2021, 40(10): 73-82.
- [43] 肖静, 罗红琳, 郭慧玲, 等. 川芎嗪对家兔血液流变学指标的影响[J]. 中药药理与临床, 1996(4): 27-28.
- [44] 任历, 邵钰婷, 秦书华, 等. 柴胡皂苷 A 抗抑郁的靶点识别及作用研究[J]. 天然产物研究与开发, 2024, 36(1): 44-51.
- [45] 胡慧娟, 杭秉茜, 王朋书. 阿魏酸的抗炎作用[J]. 中国药科大学学报, 1990(5): 279-282.
- [46] 蒋征奎, 李晓, 田锋奇, 等. 黄芪多糖对自发性高血压大鼠心功能和心肌纤维化的影响及其机制研究[J]. 中国药房, 2016, 27(25): 3505-3508.
- [47] 王天怡, 陈岩. 治未病与冠心病治疗预防[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(5): 26-27.
- [48] 李时珍. 本草纲目[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 823-825, 1234.
- [49] 汪昂. 本草备要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 88, 123-126.
- [50] 俞静静, 杜宇忠, 苏洁, 等. 陈皮对高胆固醇血症大鼠的预防作用及其机制[J]. 中成药, 2021, 43(11): 2982-2988.
- [51] 刘燃, 孙林, 张戈. 人参皂苷 Rg1 对缺血再灌注损伤的保护机制研究进展[J]. 中国循环杂志, 2014, 29(1): 77-79.
- [52] 佚名. 神农本草经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 86-87.
- [53] 崔瑛, 王晓宁, 刘菊. 熟地黄粗多糖提取与初步纯化工艺研究[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(10): 2570-2571.
- [54] 王琳, 马晓娟, 孙明月, 等. 丹参瓜蒌配伍对高脂血症小鼠铁调素及相关信号通路的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 26(10): 1281-1285.

- 管病杂志, 2016, 14(7): 699-704.
- [55] 侯明英. 注射用红花黄色素联合阿司匹林和氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(4): 486-487.
- [56] 陈恕之, 祁小明, 钱德元, 等. 参芪扶正注射液预防蒽环类药物心脏毒性临床观察[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(9): 163-164+167.
- [57] 张省委, 梁倩倩, 寿好长, 等. 冠心病血瘀证患者凝血检验指标分析[J]. 北京中医药, 2021, 40(12): 1379-1380.
- [58] 赵越, 耿跃, 倪艾珺, 等. 血清脑钠肽、白细胞介素-6、外泌体环状 RNA BPTF 对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的预后分析[J]. 中国现代医学杂志, 2024, 34(14): 20-27.
- [59] 杨洋, 孙亚男, 于长禾. 冠心病中医临床疗效评价量表的测量学性能及研究方法学质量评价[J]. 中医杂志, 2021, 62(3): 217-223.